

終末期看護の本質

— The essential nature of nursing care for the terminally ill —

佛教大学研究員 梅 川 奈 々

抄 録

終末期にある患者に対する支援の重要性は広く認識されている。それは、終末期という時期が、思いがけず唐突にそれまでの生活を大きく転換させられてしまう特別な時期だからだと言える。〈死〉を見据えて生きなければならなくなった患者は、自暴自棄になったり、悲嘆やあきらめの感情に陥ったり、精神的に不安定になったりしやすい。このような終末期患者への対応は、医療従事者にとっても非常に困難だとされている。

日本医師会や日本看護協会は、終末期患者の意思決定や疼痛緩和の対応について終末期患者に共感的にかかわることを柱とした指針を示している。しかし終末期患者が抱える悩みは、意思決定や身体的な苦痛のことだけにとどまらない。終末期患者は、間もなく訪れる死への不安や恐怖の中で、生きる希望を失ったり、それまでの人生に後悔の念を抱いたりしながら〈療養〉しているのである。本論文では、未だ終末期患者に向き合うための本質的な指針が示されていないことをうけて、〈共感〉に着目しながら終末期看護の本質に迫る。

Key Words：終末期、終末期看護、共感、看護師の役割

Terminal Phase, Terminal Care, Empathy, The Role of Nurses

はじめに

看護が論じられる際、急性期や慢性期、回復期、終末期などの病期で分けられることが多い。本論文では、さまざまな病期がある中で、あえて終末期看護に着目した。終末期看護には、それ以外の病期で行なわれる看護と決定的に異なる点があるからである。終末期患者は、回復の見込みがなく、〈死〉が身近に且つ確実に迫っていることを実感せざるを得ない状況にある。看護師は、生きる希望を見いだせなくなり、絶望の淵に立たされ、身体的な苦痛を伴い、残さ

れた生をどのように生きれば良いのかわからなくなった患者にたいしてどのように向き合っていけばよいのかと悩み、戸惑い、困難感を抱いている⁽¹⁾。筆者は、この現状を打破するために終末期看護の教育を確立したいと考えている。本論文では、終末期医療が広まった経緯を明らかにした上で、〈共感〉に着目しながら看護師の役割を明確に示し、終末期看護の本質に迫る。

1. 医療現場における終末期の捉え方

1) 終末期とは何か

終末期について、日本の法律、国際連合で採

択された条約、厚生労働省、世界保健機関、医学学会などのいずれも、公的に明確な定義を示していない。日本医師会も、「生命予後の長さを共通の物差しにして『終末期』とは何かを決めるわけにはいかないことは明白である⁽²⁾」として定義づけを避けている。このような状況の中、論者によってさまざまな終末期の定義づけがなされているのが実状である。

社団法人全日本病院協会が以下の三つの条件をすべて満たす場合を終末期と定義している⁽³⁾。

- 一. 医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること
- 二. 患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること
- 三. 患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えること

これらの三つの条件について検討する。「一」では、「医師が客観的な情報を基に」と示されている。この条件によれば、患者が終末期であることを決定するのは、医師でなければならないことになる。当然そのような場面の方が多いであろう。しかし、医師の診断を受けなくても、患者自身が、自ら終末期であると悟ることもある。また、「病気の回復が期待できない」状態が必ずしも終末期であるとは限らない。I型糖尿病など、回復する見込みはないけれども、病状を維持しつつ生きている人は大勢いる。このような例外については、「二」「三」の説明において補足できる。

「二」の「患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること」とは、終末期という時期を突き付けられたとき、そこにかかわる人々が皆そのことに納得していることであり、「一」の例外がこの説明によって除外される。終末期という時期を受け止められない場合もあるかも

しれないけれども、「患者が納得していない場合は、医師、看護師が納得していれば終末期とみなすことができる」とすれば、条件として成立できる。

「三」については、残された生をどのように生きるべきかといった今後の「対応を考えること」が終末期の条件だとされている。

終末期とは、このように示された三つの条件をすべて満たすことで定義づけられるのである。そのうえで全日本病院協会は、注釈を加える⁽⁴⁾。

救命救急の場では発症から数日以内の短い期間で終末期と判断されることも多いのですが、癌や難病の末期などでは1～2ヶ月ということもあります。また、重い脳卒中後遺症などでは、数年前からいづれ死が訪れることが予測されることがあるものの、間近な死を予測することが出来るのは生命に関する容態が悪化してからとなります。したがって終末期を期間で決めることは必ずしも容易ではなく、また適当ではありません。

つまり、終末期を定義づけることはきわめて困難であり、一定の条件によって決定的に終末期であるとすることはできないのだと言える。

そのうえで筆者は、本論文における「終末期」の定義として、「医師によってまもなく死が訪れると判断されたときから死を迎えるまでの期間」とする。

しかし、いったい終末期とは患者にとってどのような時期なのであろうか。次節では、患者からみた終末期に焦点をあてて検討する。

2) 危機的状态に置かれる終末期患者

人間とは、生まれた瞬間から「死」に向かって生存している存在である。だからと言って、死ぬために生きているわけではない。人間は、「死」をめざして生きるのではなく、生きる

ということ自体を目的として生きている存在であると言える。このような生活を送っていることは、言わば当然のことなのであり、終末期であることを突き付けられる日が到来するなどということを、日ごろ誰も想定しながら生きてはいない。

終末期患者とは、終末期にある患者をいう。患者にとって終末期とは、唐突に訪れるものなのかもしれないし、徐々に移行するものなのかもしれない。患者自ら体調が思わしくない状態に気づいて病院に行き、そこで診断を受けて終末期であることを宣告される場合もあれば、まったく無症状のままに過ごしている中で、偶然的に終末期であることを医師によって発見、宣告される場合もある。あるいは、近年、患者本人への宣告が一般的になったとは言え、家族の意向によって終末期と知らされないままに終末期を過ごす場合も未だにある⁽⁵⁾。

人間は、何らかの疾病に罹患して診断を受けた時点から突然「患者」と呼ばれるようになる。その瞬間から、疾病の重症度や治療の困難さにもよるが、行動に様々な制限がかけられ、生活が著しく不自由で苦痛を伴う状態に陥る。特に終末期患者においては、その変化に加えて、死を目前に突き付けられて、戸惑い、大きな不安や恐怖を抱くこととなる。

キャプランは、「不安の強度な状態で、喪失に対する脅威、あるいは喪失という困難に直面してそれに対処するには自分のレパートリー（知識や経験などのたくわえ）が不十分で、そのストレスを処理するのにすぐに使える方法を持っていないときに体験する⁽⁶⁾」ものを危機と定義づけた。人間が危機を経験すると、段階的に緊張が高まり、感情が混乱し、その状態が解消されないまま経過すると精神的な障害を生じると説明している。

危機のこのような理論に基づけば、日常生活を営んでいた人間が終末期であることを眼前に

突き付けられるという経験は、まさに危機的状态であり、このときに適切な支援を受けなければ重大な問題を生じさせてしまうことを意味している。終末期患者は、まさに危機的状态にある。

危機的状态に置かれた終末期患者への支援は、回復過程にある患者への支援とは大きく異なる。回復の見込みがあれば、現状がどんなに辛くても、治療やリハビリテーション等の効果や時間の経過によって回復を実感できる。病状の回復を実感できるということは、生きる希望につながる。看護師は、患者にたいして辛い治療やリハビリテーションに意味を持たせながらかかわることができるし、看護師自身もそのかわりに看護の意味を見いだすことが可能である。しかし終末期患者が苦しんでいるとき、患者にとっても看護師にとっても、いったいどのような意味を見いだしながらかかわればよいのだろうか。看護師にとってだけでなく、これは医療者にとって大きな課題であることに間違いない。

終末期患者の多くは、どのような治療を受けて終末期を過ごすのか、あるいは治療を中止して無理な延命を拒むか否かといった、終末期に行なわれる医療に対する意思決定に葛藤や迷いを抱いている。この先訪れる死に向き合いながら、どのように生きるべきか悩み、苦しむこととなる。たとえ命を長らえても、その人らしさが奪われてしまっても良いのかと言えばそうではない。治療を中止するということは、「もしかすれば奇跡が起こり、劇的に改善が見られて治療できるのではないか」という希望さえも捨て去ることになる。治療を中止すれば、死期が確実にやってくることを意味するのである。患者にとって、終末期医療に関する自己決定をするということは、命にかかわる大きな決断であり、甚大な精神的苦痛となる。

医師や看護師は、終末期患者に実施可能ない

くつかの治療方法の提示さえすれば良いというわけではない。終末期を生きているだけで大きな苦痛を感じている患者に、自らの治療に関する決定権を丸投げするようなことがあってはならない。医療者は、患者ができるだけ苦痛なく、自らの意思を表明できるようにかわりながら今後の治療方針を決定できるように支えなければならぬ。そこで次節では、終末期患者の意思決定を尊重しながら支援しようとする動きが活発化してきた背景から、近年広まっている終末期医療について追究する。

3) 終末期医療とは何か

医療技術の著しい進歩によって、それまで助けることのできなかった生命を助けられるようになった。しかし2006年3月、医師が、患者の生命をつなぎとめていた人工呼吸器を家族の依頼によって外して死亡させる事件が起こった。これを機に、〈安楽死〉〈尊厳死〉のあり方が大きな社会問題に発展した⁽⁷⁾。

患者の終末期に対する意識が大きく転換したのは、このように医療現場の事情が大きく変わったことが要因のひとつとしてある。それに伴い、医師や看護師の終末期のとらえ方も変化してきた。厚生労働省は、終末期にかかわる医療のあり方として、2007年5月に、「終末期医療」という新しい概念を提唱し、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン⁽⁸⁾」(以下「ガイドライン」とする)を発表した。

ガイドラインには、終末期にある患者の尊厳をどのように守るのか、倫理的な問題を生じさせないためにどうすればよいのかということが記されている。

厚労省の示した「終末期医療」とは、医師、看護師だけでなく、すべての医療従事者に求められる終末期患者にかかわるものだと言える。ここでも「終末期医療」の定義づけはなされていないとは言え、「終末期医療」の方向性

が示されたことは、医療現場の画期的な変革となった。

そもそもガイドラインが提唱された背景には、疾病の回復が見込めない患者にたいする延命措置の是非をめぐる議論がある。つまり、患者に延命措置を施すか否か、施すにしてもしないにしても、それらが倫理的に問題を生じさせる事態に陥るのか否かという、極めて重大な意思決定にかかわる議論である。かつて、患者の治療方針を決定するのは医師の役割であったが、ガイドラインの提唱によって、治療の決定権を医師から患者へと移行させることができた。

終末期における延命措置の実施は慎重に行なわれるべき重要事項である。医師が治療方針を一方的に決定するのではなく、患者自身が決定できるように支援する動きが医療界全体に広まっている。このことは、あらためて終末期医療のあり方を見直すきっかけにもなっている。

終末期にある患者は、決して延命措置に関する意思決定にのみ悩んだり迷ったりしているわけではない。現在、提唱されているガイドラインは、患者の意思決定を支援する上で有用であるが、これだけで十分というわけではない。

浅野美知恵は次のように述べている⁽⁹⁾。

終末期の医療においては、患者と家族のQOL維持・向上のために、主として①患者および家族の苦痛を最大限緩和すること、②療養生活の質を高めること、③チームが協働・連携すること、が重視される。医療者にとっては、患者の人生最後の貴重な時間を共有し、その患者が自分らしく生き抜くことや自己実現を実感できることを支援する機会となる。

このような支援には、医療者の医療観、死生観や人生観などが関与するため、医療者・看護師は自分自身の価値観を認識したうえでのかかわりが必要となる。医療者が

肝に銘じておきたいことは、たとえば食べ物などの詰まったなど、健康問題が可逆的な場合には、生命を助けることが第一の使命であることには変わりはないということである。

浅野によれば、終末期医療とは、患者の療養生活の質を担保しながら、その人らしさを保ち最期まで生きぬくことができるように支援することである。医療界において患者のQOLを維持・向上させることは、最も重要視されていることのひとつである。終末期において、患者がその人らしく過ごすということは、人生において特別な「死」という瞬間を意識させられる時期であるという観点からも決して無下にはできない。

医療は、医師や看護師、栄養士や理学療法士など、多くの職種がかかわるチームで行なわれている。その中でも医師は、病状の厳しい患者にたいして今後の治療方針を決定する、あるいはさせるために説明する立場をとらなければならない。その際、非常にデリケートになっている患者を支えることができるのは、常に患者の身近にいる看護師である。では、看護師としてどのように終末期患者に寄り添えばよいのか。次章では、終末期における看護師の役割を示しつつ、終末期看護とは何かを明確に示すこととする。

2. 終末期看護の本質

1) 終末期看護における〈共感〉

前章で、終末期患者が無意味な延命を望まなくなったことが終末期医療に注目が集まったことに関連していると述べた。しかし彼らは、決して苦痛や恐怖への〈ケア⁽¹⁰⁾〉をも拒否しているわけではない。彼らは、人間としての尊厳を保ちながら「最期まで自分らしく生きたい」と願っている。

日本看護協会は、看護師の役割や強みについ

て次のように明示する⁽¹¹⁾。

病名告知の希望や終末期のあり方等について意向調査を実施する医療施設もあるが、そのような意向調査に加えて、日々の療養生活の中で揺れ動く患者の気持ちにいち早く気づき、細やかに対応することが看護職の大きな役割の一つである。意向調査からだけでは分からない患者の本音や言葉にはできない思いなどを、直接の対話から見出し、受け止め、共感することが、看護の専門性でもある。…（中略）…医師は、医学的視点から患者の病態を見ることが多いため、患者の意思が医師の治療方針とは異なる場合もある。そのような場合に、患者の意思を主眼に置いて、患者の代弁者として医師と話し合うことができるのは看護職の強みである。

このように、看護師の職能団体である日本看護協会が終末期患者の意思決定を支える看護師の役割、専門性について明確に示していることは注目すべきことである。

しかし、看護師だからこそできる〈共感〉とは何であろうか。相手に〈共感〉することは、専門職以外の人間であっても可能である。看護師だからこそ意味のある患者への〈共感〉とは何か、その〈共感〉が患者にどのような意味をもたらすのであろうか。

ジョイス・トラベルビーは『INTERPERSONAL ASPECTS OF NURSING⁽¹²⁾』の中で、人間と人間との関係は5つの段階を経て築かれていくことを示した。その5つの段階とは、〈Phase of the Original Encounter〉、〈Phase of Emerging Identities〉、〈Phase of Empathy〉、〈Phase of Sympathy〉、〈Phase of Rapport〉である。トラベルビーは、〈Empathy〉の段階の次に〈Sympathy〉の段階を位置づけているが、特にこの二つの段階に注目したい⁽¹³⁾。邦訳書である『トラベルビー 人間対人間の看護』

の中では、それぞれが〈共感〉〈同感〉と訳されている。しかし筆者は、〈共感〉がさらに進んだ状態が〈同感〉であるとは考えていない。

国語辞典によれば、〈同感〉とは「(その人と)同じように感ずる、または考えること」であり、〈共感〉とは「他人の考え・主張に、全くそうだと感ずること。その気持」である⁽¹⁴⁾。〈Empathy〉のさらなる深まりが〈Sympathy〉であるとするならば、一般的な〈同感〉の捉え方、認識では不十分である。そこで筆者は、この訳語を採用しないこととする。

トラベルビーは、〈Phase of Empathy〉の項で「It is necessary to move beyond empathy into the realm of sympathy and compassion. To empathize is to intellectually understand another on the basis of similarity, to gain some understanding of the mental world of another⁽¹⁵⁾」と述べている。彼女によれば、この段階を超えて、はじめて〈Phase of Sympathy〉へと移行する。

〈Empathy〉とは、自己と他者の共通性を基盤にして他者を理解することであり、その体験をすることに留まる。〈Sympathy〉は、〈Empathy〉で体験したことから、他者の不幸や苦悩について関心を持ち、その人をなんとか手助けしたいという衝動が生まれ、そこから行動へと結びついていくのである。〈共感〉が深まれば、行動を起こす力に変化を生じさせる。看護師の〈Sympathy〉とは、「危機の時期に他の人を支えるということを意味する⁽¹⁶⁾」のであり、「この特質が欠けていると、看護婦は、他人と非人間的なコミュニケーションをする非人間的な人間だ、ということを意味する。⁽¹⁷⁾」のである。

看護師に求められる〈共感〉は、終末期における患者の意思決定を支える際にも非常に重要である。終末期にある患者がどのような医療を望み、どのような死を迎えたいと願うのかとい

う、死の準備とも言える意思を患者自身が決定するということは、患者にとって大きな精神的負担でもある。終末期患者の心に寄り添うということは、苦しみを分かち合おうとする行為である。少しでも患者の苦痛を和らげることができればと願うその思いから生まれる行為、それが〈共感〉なのである。

治療に関する専門的知識を持った医師や看護師が、患者の意思決定に携わることは有効であろう。ところが、治療の内容、方法等を具体的に説明することだけを、意思決定の支援とは言えない。患者の最も身近な存在である看護師には、患者自らの意思決定に際して、寄り添い、〈共感〉的に支援することが求められる。

けれども、これが終末期看護のすべてではない。次節では、あらためて終末期患者にかかわる看護師としての役割に焦点をあてて考察することとする。

2) 終末期看護における看護師の役割

ガイドラインでは、患者の身体的な苦痛の緩和に加えて、患者自らが治療を選択できるように支えることの重要性が示されている。それは、かつてのような医師の独断によって診療が行なわれていた時代が終わり、医師や看護師、その他患者にかかわる医療者が、チームとして共に患者の意思決定を支援する時代へと移行したことを示している。そこで、終末期患者にかかわる医療チームの一員としての看護師の役割について明確にする。

そもそも看護師には、大きく分けて二つの役割があると保健師助産師看護師法に定められている。それは、〈診療の補助〉と〈療養上の世話〉である⁽¹⁸⁾。〈診療の補助〉とは、医師が行なう診療（診察と治療）を補助する役割である。終末期においては、患者の診察に加えて身体的な苦痛を取り除くための治療、あるいは延命措置が行なわれることがある。その際、医師に付き

添い診療を補助する役割を看護師が担うのである。患者にとって診療がスムーズに安全に確実に遂行されるということは、重要な意味を為す。そして看護師として担うべき〈診療の補助〉の役割とは、単に医師が行なう診断や治療の補助に留まらず、終末期における患者自身の意思決定を支えることまでも含んでいる。

日本看護協会は、2015年にホームページ上で終末期医療の意思決定における看護について次の三点を挙げた⁽¹⁹⁾。

- 一 看護職は、終末期を迎える前から、終末期の過ごし方や最期の迎え方などについて患者と話し合うことができる。
- 二 看護職は、その時々に応じて揺れ動く患者の感情を受け止めながら、患者の意思決定を支える。
- 三 看護職は、患者のアドボケート（代弁者）として患者の終末期に寄り添う。

この三点の具体的内容を見ると、「一」に関しては、「患者の望む終末期の過ごし方や最期の迎え方などについて、患者の考えを聞いたり、その具体的な希望を聞いたりする機会を作る⁽²⁰⁾」と示されている。さらに、「患者は時間をかけてじっくり考え家族等と話し合いながら、誰しもいつか必ず迎える死について準備をすることができる⁽²¹⁾」とも述べている。これは、アルフォンス・デーケンの提唱する「死の準備教育」に基づいているものと捉えることができる⁽²²⁾。

しかし終末期に話を聴くのは、必ずしも看護師である必要はない。では、看護師として話を聴くということはどういうことか。

看護とは、患者の病状を把握して、あるいは今後起こり得る状態の変化などを予測して、患者とかかわることである。終末期においても看護師は、当然ながら患者に今後どのような症状が出現しうるのか、その際、どのような対処をすべきなのかという専門的知識を活用しながら話を聴かなければならない。その点で、医師も

その役割を担うことは可能である。

一般的に患者は、気軽に医師に疑問や希望を伝えづらい存在である。医師と看護師の総数を比較してみても、圧倒的に看護師が多く⁽²³⁾、医師よりも看護師の方が患者とかかわる機会が多い。「二」でも述べられているように、終末期患者の感情は大きく揺れ動いている。一旦は「死」を受容したかのように見えても、次の瞬間にはまた否定的になったり、怒りの感情が芽生えたりすることもある。終末期患者の不安定な感情を受け止めるには、短時間のかかわりでは難しく、十分な時間の中で向き合わなくてはならない。その意味でも、医師よりも患者とかかわる時間が長い看護師が患者の話を「聴く」という役割を担うことが望ましい。そのとき看護師は、「三」で示されたように、医師と患者の架け橋としての役割を担わなければならない。

看護師が患者の話を「聴く」ということは、患者の代弁者という役割を担う上でも不可欠である。「聴く」という役割を持つ職業には、カウンセラーや臨床宗教師⁽²⁴⁾などがあるが、看護師との決定的な違いは、医療に関する専門的な知識を有するか否かという点である。したがって終末期にかかわる看護師は、患者が自ら望む終末期を生きるための意思決定を支えるべく、患者の病状に気を配り、起こりうる事態を予測しながら〈共感〉的に寄り添う存在であると言える。

看護師とは、患者にとって、自分の疾患のことをわかってきている、なおかつそれまでの経過も知ってくれている、また自分と似たような状況の患者に数多くかかわっており、終末期にある患者の傍らで、その複雑な心情を感じ取ってきた存在である。このような看護師の存在は、患者にとって大きな安心につながる。患者は、自分自身の辛く苦しい気持ちをその都度ことばとして伝えなくても〈共感〉し、察して

くれる看護師に期待を寄せるのだと言える。

アメリカの看護学者であるヴァージニア・ヘンダーソン⁽²⁵⁾は、「医師は診断、予測、そして治療に卓越しているとみなされている。これらは医師の独自の機能なのである⁽²⁶⁾」とした上で、「看護婦の独自の機能は、病人であれ健康人であれ各人が、健康あるいは健康の回復（あるいは平和な死）に資するような行動をするのを援助することである。その人が必要なだけの体力と意志力と知識とをもっていれば、これらの行動は他者の援助を得なくても可能であろう。この援助は、その人が出来るだけ早く自立できるように仕向けるやり方で行う⁽²⁷⁾」と述べている。

前述のガイドラインが提言しているように、医師は、たとえ終末期患者への積極的な治療から身を退いたとしても、患者の身体に生じる痛みや不快な症状を緩和するための措置を講ずることがある。その行為は、医師の独自の機能だと言える。医師は、終末期患者に残された期間をその人らしく過ごせるように診療を遂行するのである。

一方、看護師の役割についてヘンダーソンは、医師が診察や治療を行うことをただ補助するのではないことを明言している。「健康あるいは健康の回復（あるいは平和な死）に資するような行動をするのを援助する」こと、それが看護師の役割だと示したのである。終末期における看護師の役割とは、患者に寄り添い、「平和な死」を迎えられるように〈共感〉しつつケアを行なうことなのである。「平和な死」は、決して精神的安寧だけでは為しえない。身体的な苦痛があっては、「平和な死」を迎えることはできないからである。そのために医師と看護師は、お互いにその役割を異にしながらも、相互に協力しあうのである。

現在、処々で終末期患者へのかかわり方について提示されているものは、総じて、患者の意

思決定への支援や、死への不安や恐怖あるいは身体的苦痛の緩和に焦点が当たっている。筆者は、終末期看護とは、ただ患者に〈共感〉することのみを指すのではなく、患者の意思決定を支えることだけでもないと考えている。終末期患者とは、それまで一人の人間としてごく当たり前に送ってきた生活がある日突然に大きく変化させられて〈患者〉へと転換させられた存在であるにとらえられる。看護師は、患者がそれまでどのような人生を歩んできた人間であったとしても、一人の人間として送る生活を支えることを当然の責務とする。そしてそのことは、「終末期看護とは何か」を掴み取る上で外すことができない大きな論点だと言える。

保健師助産師看護師法で定められた看護師の役割には、〈療養上の世話〉が示されていることは先に述べた。筆者は、〈診療の補助〉と〈療養上の世話〉とをまったく別の役割であるとは考えていない。なぜならば患者は、診療を受けながらそこに生きているからである。患者をケアするということは、生きることを支えることである。病に侵された患者が生きるためには、医師の診察や治療である〈診療〉が欠かせない。看護師の役割とは、患者の療養が有意義なものとなるようにケアすることなのである。終末期患者は、「死」という未知の事象に囚われながらも健康な私たち同様に〈いま〉を生きている存在である。たとえ患者の生活が激変してしまったと雖も、この生をおごなりにしてしまわないようにかかわることが重要である。

多くの患者は、終末期であることを宣告されたときから「どのような死を迎えようか」「死ぬまでに準備することは何か」ということに意識を奪われてしまう。それまで当たり前のように行なっていた、いわゆる普通の生活を送ることができなくなってしまう。看護師は、患者がそれまでのような生活を送ることができなくなっていることにも目を向けて、意識的に手を

差し伸べていかなければならない。患者の〈療養〉を支えることは、看護師の役割として明確に示されているのであり、患者の生を尊重する上で非常に重要な意味を持つ。

医師の役割は、患者の身体に着目して診断し、その治療を選択することである。医師は、診断、治療を行なうために患者の生活に目を向けて問診を行なう。患者の生活に大きな問題があると判断された場合には、医師が患者にたいしてその生活を改めるように指導することもある。しかしそれは、治療の一環として行なわれる。医師は、患者が日ごろどのような思いで食事を摂ったり風呂に入ったりしているのか、服装への気遣いはいくらか、といったことに踏み込むことを本来の役割とはしていない。その点で患者の生活に直接かかわる看護師の役割とは異なっているのである。

ここであらためて、看護師の〈診療の補助〉という役割が〈療養上の世話〉という役割と非常に密接に関連していることを意識化させたい。つまり、看護師が医師と協力体制をとること、医療チームの一員として役割を果たすことは、患者の〈療養〉を支えることにもつながるのである。特に終末期においては、患者のQOLが脅かされやすい状況にあり、〈療養〉の場が整えられにくい。看護師は、〈共感〉的態度で、身体的な苦痛の緩和はもちろん、患者がより安心して過ごせる〈療養〉の場を大切にケアしなければならないのである。看護師によるケアは、専門的な知識を持っていることによって強化される。終末期患者の病状を見極めたうえでのケアを可能とするのである。

看護師の役割について述べてきたが、そのことを踏まえて、次節では終末期看護の本質について明確にし、今後どのように終末期看護を確立していけば良いのかという視座に立ってその方向性を示す。

3) 終末期看護の本質

ここまで、終末期に求められる看護師の役割について述べてきた。終末期患者の多くは、精神的、身体的な苦痛によって、〈療養〉生活を送ることが困難となっている。「どうせ間もなく死ぬのだから・・・。」と自暴自棄に陥り、生活のQOLを著しく低下させてしまいやすい。看護師は、患者の〈療養〉の場を整えるために、医師と連携しながら患者にケアする必要がある。看護師は、間違っても「自分自身が行なう行為によって、患者の苦痛を増幅させたくないから」とか、「患者が拒否するのなら、その希望に応えることが最善策である」という解釈の下、患者の生活に必要なケアを取りやめてはならない。たとえば「清拭」という、患者の身体を拭く行為などがその対象となりやすい。

ナイチンゲールは、からだの清潔について「病人の身体を不潔なままに放置したり、あるいは病人に汗やその他の排泄物が浸み込んだ衣類を着せたままにしておくことは、健康をもたらす自然の過程を妨げて患者に害を加えることになる⁽²⁸⁾」と言った。さらに「看護師は、患者の身体の清潔に関する世話(ケア)を、どうせちょっと気分が良くなるだけのことから、時間がずれても同じこと、などという口実のもとに、何かの後回しにするようなことを絶対にしないこと⁽²⁹⁾」と提言した。

身体を拭くという行為は、体力を消耗した患者や身体的苦痛のある患者にとって、億劫になったり苦痛が増強したりする恐れがあることから拒否されやすいケアの一つである。そのようなケアだからこそ、専門職者である看護師は、患者の不安を和らげながら、さらなる苦痛を与えないように行なわなければならない。たかが清拭ととらえられがちであるが、その行為をとおして、看護師は患者との信頼関係をより強化するきっかけにもなり得る。「この看護師なら大丈夫」という大きな安堵感は、患者の〈療養〉

の場を良質なものにさせる。看護師が、患者の身体的、精神的な苦痛に配慮しながら〈共感〉的にかかわり、苦痛が増強しないようなケアとして清拭できれば、患者はより看護師に心を解放することができるのである。

苦痛によって遂行できなくなった患者の〈療養〉生活における行為は、本来、人間だれもが人の手を借りずに自らの力で行ないたい行為である。エイブラハム・マズローは、「日常生活のごくありふれた欲求は、それ自体が目的というよりは、ある目的のための手段である⁽³⁰⁾」と言った。ある目的とは、「身体を洗う」という行為を例に挙げると、行為そのものを指すのではない。一般的に「身体を洗う」目的とは、自分自身の気分を爽快にしたり、他者に不快感を与えないようにしたりすることであたりする。つまり人は、何らかの目的を達成させるために様々な行為をするのである。

しかし先ほどの清拭の一例を見ても、行為の目的とは、単に身体をきれいにすることだけではない。看護師が行為をとおして患者に〈共感〉的にかかわることは、結果として患者の精神的な苦痛の緩和に結びつくことが多いからである。看護師は、終末期患者ができないことをケアするというだけではなく、患者のより良い〈療養〉を支える上で不可欠な信頼関係の形成にもつながっていることを自覚しながらケアしなければならない。

患者の〈療養〉の場で繰り返されるさまざまな行為一つひとつの大切さとは、決して目に見えるものばかりではない。たしかに終末期患者にとっての生活上の行為とは、その行為をしなければすぐさま病状が悪化するというものではなく、すぐに死に直結するというものでもない。おざなりになってしまいがちである。しかし、終末期患者の〈療養〉の場とは、患者ができない行為をただ手助けすれば良いのではない。終末期患者への〈療養上の世話〉とは、患

者の様々な苦痛に配慮しながら為されなければならないのである。

患者は、看護師よりも立場の弱い人間であると感じやすい。それは、看護師と患者との関係が「助けてあげる人」と「助けてもらう人」という構図として捉えられているからだと言える。かつて、医師と患者との立ち位置がそうであったように⁽³¹⁾、看護師と患者との立ち位置にも同様の問題が孕まれている可能性がある。

特に終末期患者は、死を目前にしながら、体力も衰え、身体的な苦痛を伴い、精神的にもダメージを受けている場合が多い。回復過程にある患者よりも、さらに自らを弱者であると捉えやすい。そのような終末期患者にたいして、もしも看護師が、自らの意識にこのような構図を持っている場合、患者の身体的、精神的苦痛が強いことを理由に、身勝手に「患者の余命」や「苦痛の度合い」を測って、患者に行なわれるべきさまざまな行為を放棄してしまうかもしれない。すると終末期患者は、さらに「忙しい看護師の手を煩わせてはいけない」「迷惑をかけてしまうと、適切な処置や看護を受けられなくなるかもしれない」などと、自らを看護師よりも下に位置付けてしまいがちである。

本来、看護師と患者との関係性とは、上下の関係ではない。強者と弱者でもない。看護師は、患者がつねに医療者に遠慮しながら生活している存在であると認識しなければならない。トラベルビーは、「『患者』対『看護婦』のかかわりに、人間対人間として知覚し関係を結ぶためには、『看護婦』の役割を超越することが必要である(傍点著者)⁽³²⁾」と述べた。さらにトラベルビーは、「看護婦」の役割を超越することについて「看護婦がケアに責任をもっている各個人を、独自のひとりの人間として知覚するとき、そして、彼女がこれらの人それぞれからひとりの人間として知られることをみずから認めるとき、看護婦の役割は超越される⁽³³⁾」と説明している。

トラベルビーは、看護師と患者とがそれぞれの役割を超えて、お互いに一人の人間として〈共感〉できることが真の看護になることを示している。そして、患者とは病を患った一人の人間であり、単に「患者」というレッテルで選別される存在ではないことを強調している。看護師、患者ともに、それぞれ一人ひとりが独自の存在であり、お互いに人間として尊重し合っただけでしか関係は築けないことを示している。看護師の中にそのことが認識されて、看護師と患者との真の関係性が生まれるのである。

終末期看護においても同様のことが言える。「この患者はがんなのだ」と、疾患でひとくくりにしてしまったり、「この患者は終末期なのだ」と、病期によってレッテルを貼ってしまったりすることがそれに相応する。トラベルビーの危惧は、レッテル付けによってその患者の内に存在しているさまざまな思いに気づききっかけを奪い、看護師と患者との関係性を崩壊させてしまうところにある。一人の人間としての患者にかかわり、〈共感〉し、ケアすることで、はじめてそこに終末期看護が立ち現れるのである。

ところで、身体的な苦痛の強い終末期において、看護師が患者に入浴を促したとき、トイレでの排泄の介助を促したときなどに拒否という反応で返ってくることがある。そのようなとき看護師は、患者が拒否した意味について深く考察しなければならない。「終末期だからきっと苦しいのだろう」と勝手に解釈してはならない。そこにいる患者は、いったいなぜ拒否するのかと、しっかりと心を寄せてみる必要がある。

患者の拒否は、必ずしも「やりたくない」ということを意味しない。患者には、看護師への遠慮があるのかもしれない。あるいは、患者の自尊心によって引き起こされる「手助け」への抵抗かもしれないし、羞恥心なのかもしれない。患者には、複雑な心情が渦巻いている。終末期

にある患者であれば猶更のことである。人間は、最期まで人間らしく、尊重されたいと願っている。患者の拒否の裏に隠されたさまざまな理由を推察して看護を行なわなければならないのである。そのとき、「終末期患者」というレッテルが患者への〈共感〉を阻むのである。

終末期看護とは、患者を弱者であるとみなさず、〈共感〉的に寄り添い、生を生きている一人の人間として支えることである。その際看護師は、終末期にある患者にさらなる苦痛（身体的な苦痛だけでなく、気兼ねなどの精神的な苦痛を含む）を感じさせないようなケアの工夫を試みなければならない。それは、方法の変更かもしれないし、実施する時間帯の変更かもしれない。あるいは患者とのかかわり自体の見直しかもしれないし、医師への薬剤投与の申し出かもしれない。しかし本来のケアの工夫とは、単なる方法の見直しに留まらない。看護師は、患者との関係性の中で患者の心と触れ合い、〈共感〉しつつ、ケアを行なうのである。

看護師とは、終末期患者の病状を推察し、患者に起こり得る危険（呼吸の停止や急激な血圧の低下、身体的な苦痛の著しい増強、意識レベルの低下等）をケアによって回避させるための専門的な知識、技能を持ち合わせている専門職である。専門職としての看護師だからこそ、患者の苦痛が増強してしまわないように、あるいは、苦痛を最小限に抑えられるように、ケアしなければならない。看護師は、〈共感〉的に、残された患者の命の重みを感じながら、〈療養〉の場を整える手助けをするのである。

おわりに

本稿では、終末期看護の本質について述べてきたが、終末期に焦点を絞って論じていることに意味がある。終末期看護とは、終末期という

特別な時期に身を置かれてもがき苦しむ患者と向き合うことで、看護師自身も悩み、苦しみながらケアを実践する行為である。患者は、終末期であることを宣告された瞬間から、それまでのいわゆる普通の生活を奪われてしまう。死を目前にした患者の生活の場は〈療養〉の場へと変更されてしまうのである。その状況は、私たちの想像を絶するほどに甚大な苦痛を伴っている。

看護師は、そんな患者にどの医療者よりも近い存在である。終末期看護とは、終末期の苦しみの中にいる患者に常に寄り添い、ケアに携わっていく。筆者は、終末期看護が、回復過程にある患者には決してない、「死」を意識化した〈療養〉の場で行われることに着目している。終末期看護は、「死」と対峙した患者の複雑な心境に触れながら実践されている。非常に繊細な終末期という特別な時期に行なわれる看護だからこそ、看護本来の姿が明らかになるのである。終末期看護の中に色濃く立ち現れる〈看護の本質〉について、引きつづき考察していくこととする。そして〈終末期看護〉について深く追究し、終末期看護の教育の確立をめざす。

【註】

- (1) 坂下恵美子「終末期がん患者の看取り経験の中に存在する看護師の心の壁の検討」『愛媛県立医療技術大学紀要』第5巻第1号、愛媛県立医療技術大学、2008、pp.25-31
奥出有香子「ターミナルケアにおける看護婦のとまどいに関する研究」『順天堂医療短期大学紀要』10巻、順天堂医療短期大学、1999、pp.31-40
- (2) 日本医師会第Ⅸ次生命倫理懇談会「ふたたび終末期医療について」の報告
<https://www.med.or.jp/nichikara/seirin17.pdf>
(2015年7月3日検索)
- (3) 社団法人 全日本病院協会 終末期医療に関するガイドライン策定検討会 (平成21年5月)
<http://www.ajha.or.jp/topics/info/pdf/2009/090618.pdf>
(2015年7月20日検索)

- (4) 同上
- (5) 日本看護協会HP 「終末期医療1. 終末期医療の現状と課題」
<http://www.nurse.or.jp/rinri/data/conclusion/>
(2015年8月28日検索)
- (6) 小島操子『看護における危機理論・危機介入』金芳堂、2004、p.6
- (7) 梅川奈々「終末期看護をめぐる状況の変化と課題」『佛教大学大学院紀要教育学研究科篇』第43号、佛教大学、2015、p.5
- (8) 厚生労働省HP「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン平成19年5月」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf> (2013年6月3日検索)
“終末期医療及びケアの在り方”について以下のように記されている
 - ①医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。
 - ②終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
 - ③医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
 - ④生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。
- (9) 浅野美知恵「E 終末期における看護」香春知恵 著者代表『系統看護学講座専門分野Ⅰ臨床看護総論』、医学書院、2012、p.113
- (10) 大西正倫によれば、〈ケア (care)〉とは、「気遣う、心配する、気に懸ける、関心をもつ、気をつける、気を配る、配慮する、注意する (意を注ぐ)、大切にする、思い遣る、労る、そして、世話する、保護する、面倒を見る、等々」の多様な語義を持った語であり、「人に対する〈ケア〉においては、相手の〈存在〉にこころを寄せるということ、すなわち〈存在に対する配慮〉が核心をなすのである」大西正倫『教育人間学特殊研究2 生涯教育人間学のために』佛教大学、2013、p.59、
- (11) 日本看護協会HP <https://www.nurse.or.jp/>

- rinri/data/conclusion/second.html (2015年7月20日検索)
- (12) Joyce Travelbee, *INTERPERSONAL ASPECTS OF NURSING*, F.A.DAVIS COMPANY, 1971, pp.133-150
- (13) Joyce Travelbee, “*INTERPERSONAL ASPECTS OF NURSING*”の日本語訳である『トラベルビー 人間対人間の看護』の中で、〈Empathy〉は〈共感〉と、〈Sympathy〉は〈同感〉と訳されている。それぞれの用語の定義は、論者によってさまざまであり、原語の sym (同じ) —pathy (感情) を直訳した〈同感〉を、原義に近い訳語として採用している場合が多い。しかし〈同感〉とは、積極的に相手の感情や意見に賛同する場合に用いられることが多く、ニュアンスは〈共感〉とは異なる。本論文では、原著の用語をそのまま用いて、〈Empathy〉よりさらに深い〈共感〉を〈Sympathy〉と位置付けることとする。
- (14) 西尾実、岩淵悦太郎、水谷静夫編『岩波国語辞典』第7版新版、2011
- (15) 前掲書p.141
長谷川浩、藤枝知子『トラベルビー 人間対人間の看護』医学書院、1974において、「必要なことは、共感を超えて、同感 (sympathy) と慈悲 (compassion) の世界に移ることなのである。共感することは、類似性を基盤にして他人を知的に理解すること、他人の心の世界のある程度の理解をうることである。」と訳されている。
- (16) 長谷川浩、藤枝知子『トラベルビー 人間対人間の看護』医学書院、1974、p.212
- (17) 同上
- (18) 看護行政研究会編『看護六法平成25年版』新日本法規出版、2013、p.3
- (19) 日本看護協会HP <https://www.nurse.or.jp/rinri/data/conclusion/second.html> (2015年7月20日検索)
- (20) 同上
- (21) 同上
- (22) アルフォンス・デーケン『死とどう向き合うか』日本放送出版協会、1996
- (23) 2012年に行なわれた厚労省の調査によると、医療施設に就業している医師数：303,268名、看護師数 (准看護師、助産師、保健師を含む)：1,265,440名である。
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/toukei/pdf/toukei08-2015.pdf> (2015年8月25日検索)
- (24) 臨床宗教師とは、2012年より東北大学実践宗教学寄附講座で設置された研修で養成されている。近年は他団体でも同様の名前で活動が広められている。
<http://www.sal.tohoku.ac.jp/p-religion/diarypro/diary.cgi?field=8> (2015年11月29日検索)
- (25) アメリカの看護学者。フローレンス・ナイチンゲールに次いで世界的に有名な人物である。看護とは何かという定義や、有名な基本的看護ケアの14の構成要素は、人間の基本的なニーズを包括的に網羅したものである。
- (26) ヴァージニア・ヘンダーソン著、湯横ます、児玉香津子訳『看護の基本となるもの』日本看護協会出版会、1995、p.10
- (27) 同上、p.11
- (28) フローレンス・ナイチンゲール、薄井坦子、小玉香津子訳『看護覚え書』現代社、2011、p.159
- (29) 同上、p.166
- (30) ガートルード トレス著、横尾京子、田村やよひ、高田早苗監訳『看護理論と看護過程』医学書院、1992、p.58
- (31) 梅川奈々「終末期患者を支える看護教育の検討ーリビング・ウィルの広まりが看護にもたらした影響からー」『関西教育学会年報』通巻第38号、関西教育学会、2014、p.172
- (32) 前掲書『トラベルビー 人間対人間の看護』p.47
- (33) 前掲書『トラベルビー 人間対人間の看護』p.64